

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 26

TRAITEMENT

DE

L'ORCHI-ÉPIDIDYMITÉ BLENNORRAGIQUE

Comparaison du traitement médical, chirurgical et vaccinal

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 6 décembre 1929

PAR

Robert-Jean-Antonin BAILLE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à ROCHEFORT-SUR-MER (Charente-Inférieure), le 17 août 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur	} <i>Juges.</i>
		LOUBAT, agrégé	
		JOULIA, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548418_0057

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 26

TRAITEMENT

DE

L'ORCHI-ÉPIDIDYMITTE BLENNORRAGIQUE

Comparaison du traitement médical, chirurgical et vaccinal

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 6 décembre 1929

PAR

Robert-Jean-Antonin BAILLE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à ROCHEFORT-SUR-MER (Charente-Inférieure), le 17 août 1905.

Examineurs de la Thèse

MM. FETGES, professeur	Président
DUVERGEY, professeur	
LOUBAT, agrégé	Juges
JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Potanique et matière médicale.....	BELLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU. LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

R. UNIV.

BIBLIOTHEEK

LEIDEN

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Accouchements.....	PERY.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

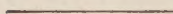
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA GRAND'MERE

Témoignage de ma respectueuse affection.



A MA MERE

Hommage de mon profond amour et de mon infinie reconnaissance.

AU DOCTEUR S. ROUCHE

*Médecin Principal de la Marine,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

AU DOCTEUR P.-L. PELTIER

*Ex-Interne des Hôpitaux de Paris,
Ancien Aide d'anatomie de la Faculté de Paris,
Chirurgien en Chef de l'Hôpital Saint-Charles-de-Rochefort.*

A CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE MIRGUET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MES JUGES

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES

*Professeur de Clinique des maladies cutanées et vénériennes
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Au début de ce modeste travail, qui marque la fin heureuse de nos études, notre premier devoir est de saluer respectueusement la mémoire de notre père, dont la vie sera toujours pour nous le plus parfait exemple.

Nous dédions tout particulièrement cet ouvrage à notre mère, dont l'affection nous est si chère, en reconnaissance de tout ce que nous lui devons.

Nous serions ingrat de ne pas nommer le docteur S. Rouché, qui guida nos premiers pas dans l'enseignement secondaire et nous facilita souvent la tâche, de même que nous n'oublierons pas les bons préceptes que nous devons au docteur P.-L. Peltier.

Les Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux, qui ont été bienveillants à notre égard, trouveront ici l'expression de nos remerciements respectueux. Que M. le Professeur agrégé Joulia veuille bien accepter nos sentiments de reconnaissance pour les conseils si éclairés qu'il nous a prodigués. Que notre maître, M. le Professeur Petges, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, soit assuré que nous garderons toujours le souvenir de l'accueil si bienveillant qu'il nous a réservé et dont nous le remercions du fond du cœur.

TRAITEMENT

DE

L'ORCHI-ÉPIDIDYMITE BLENNORRAGIQUE

COMPARAISON DU TRAITEMENT MÉDICAL, CHIRURGICAL ET VACCINAL

INTRODUCTION

De nombreuses publications ont paru au cours de ces dernières années sur la vaccination dans la blennorragie et ses complications. Certains auteurs paraissent très enthousiastes et considèrent la vaccinothérapie, en particulier sous forme d'autovaccins, comme le traitement de base de la gonococcie; d'autres nient tout pouvoir spécifique, lui reconnaissant cependant une action bienfaisante due au choc colloïdoclassique qu'il provoque par ses protéines; d'autres, enfin, vont jusqu'à lui nier tout pouvoir curateur.

De cette question si discutée nous avons voulu nous faire une opinion, en particulier sur le traitement des orché-épididymites blennorragiques. Nous nous proposons de savoir si la

vaccinothérapie donne là les résultats que l'on est en droit d'attendre d'elle.

CHAPITRE I. — *Historique.*

CHAPITRE II. — *Notions sur l'orchi-épididymite.*

CHAPITRE III. — *Traitements externes médicaux.*

CHAPITRE IV. — *Traitements chirurgicaux.*

CHAPITRE V. — *Traitements internes.*

CHAPITRE VI. — *Traitement médical actuel.*

CHAPITRE VII. — *Conclusions.*

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Aussi loin que nous puissions remonter dans l'histoire, la gonorrhée paraît être connue, et bien que certains auteurs n'aient pas parlé de ses complications, il semble cependant qu'ils en aient vu les symptômes puisque plusieurs d'entre eux préconisent des traitements.

A. — Moïse, dans le *Lévitique* (chap. XV), parle de la gonorrhée mais n'en décrit ni les symptômes, ni les complications.

Hérodote en définit l'existence dans *Clio* (chap. CV). Hippocrate nous parle d'une maladie des Scythes qui entraîne chez eux assez fréquemment la stérilité et qu'il attribue à la continence et au port des culottes. Il les traite en leur ouvrant la veine de derrière l'oreille, qui, à son avis, est nécessaire à la production du liquide séminal.

Plus tard, Galien, Celse commencent à décrire des symptômes de la maladie, mais ne nous disent rien du traitement. Les médecins arabes : Mesmé, Hally-Abbès, Constantion l'Africain, Avenzoar, Albucassen, viennent à leur tour parler de la gonorrhée. Albucassen cite même des symptômes que l'on peut supposer être ceux de la gangrène du testicule. Il préconise les deux méthodes auxquelles peuvent se ramener un grand nombre de celles que l'on a proposées depuis : les antiphlogistiques locaux (miel, écorce de grenades) et le traitement chirurgical (cautérisation). Au ^{xii}^e siècle, Trotula de Ruqqiero, célèbre femme médecin, décrit un emplâtre à base de « malua », de

sang chaud, de beurre sans sel ou d'huile, que l'on fait chauffer avant de l'appliquer et qui est un bon remède pour soulager l'enflure.

Après Trotula, son élève Ruggiero emploie les émollients et les cataplasmes et donne les inconvénients des fermentations acides (*de Testiculi inflatione*).

En 1290, Lanfranc préconise l'action de la chaleur sur le testicule malade.

Après Lanfranc, Guy de Chauliac, qui pourtant, jusqu'à Ambroise Paré, est considéré comme le père de la médecine, ne nous dit rien des complications de la blennorrhagie.

En 1340, Jean de Gaddesden, médecin anglais, vante le premier les bienfaits de la suspension : « Il faut remarquer que dans les affections de la verge ou des testicules il faut porter remède à l'endroit malade en y appliquant un linge ou une bande sans crainte que la suspension nuise. »

En 1423, Jean de Concorrégio cite « le gonflement du testicule » qu'il voit apparaître assez souvent au cours d'une gonorrhée et propose un remède à base d'huile rosat.

Donc, pendant une période qui remplit quatorze siècles de notre ère, tous les auteurs, sauf Hérodote et Hippocrate, décrivent en partie la gonorrhée. L'erreur tient dans ce qu'ils prennent tous l'écoulement urétral qu'ils ont constaté pour de la semence gonorrhéique.

Il reste de ces errements du début deux choses importantes : le suspensoir et la pratique des antiphlogistiques locaux

B. — En 1493 apparaît en France une nouvelle maladie : la syphilis, que les auteurs disent venue d'Amérique avec Christophe Colomb, puis transmise aux soldats italiens et français par les soldats espagnols. Ils la définissent nettement, de la gonorrhée.

Nous ne relevons rien de net ni de précis chez les contemporains immédiats de l'épidémie de 1493 : Simon Fist, Michel Wood, Guillaume Bulleyn, Alexandre Benedictus, Jean de Bethencourt, Fracastor, Mathioli, Jean de Vigo; celui-ci retient notre attention, car il nous a laissé l'emplâtre *sine* ou *cum mercurio*.

Au moment de l'épidémie on décrit très bien la syphilis; même Paracelse voit chez les enfants les manifestations héréditaires de la syphilis; puis, peu à peu, les notions sont oubliées et la confusion se fait.

Brasavole (1556), Tomitanus (1563), voyant la contagion génitale de la syphilis, arrivent à ne faire de l'écoulement blennorragique qu'une manifestation primaire de la maladie nouvelle. Même Ambroise Paré (1517-1590) confond chaude-pisse et vérole. Il distingue la chaude-pisse de ce que les anciens appellent la gonorrhée. Pour lui, la gonorrhée est la perte séminale simple, tandis que la chaude-pisse est l'écoulement urétral s'accompagnant de douleurs cuisantes, d'érections, amenant en général la vérole, se contractant enfin par contagion génitale. Et il conseille le mercure pour les vieilles chaudes-pisses ou véroles particulières comme il conseille le gaïac pour la vérole.

C. — A la fin du xviii^e siècle, Boerhave, Astruc, Fabre, ne savent plus distinguer la vérole ni du chancre à bacille de Ducrey ni de la blennorragie (expérience de Hunter en 1786).

Morgagni met fin à deux erreurs :

- 1° L'écoulement urétral n'est pas de la semence corrompue.
- 2° Chancre (syphilitique et de Ducrey confondus toujours) et blennorragie sont deux maladies différentes.

En 1812, Hernandez fait la séparation du chancre et de la blennorragie en inoculant les bagnards de Toulon, mais il confond toujours chancre syphilitique et chancre à bacille de Ducrey.

En 1840, avec Ricord, commencent les définitions exactes. Encore faut-il mentionner la polémique qui s'élève entre Broussais et sa théorie de l'inflammation soutenue par Ricord d'une part et l'école des virulistes d'autre part. Pour Broussais et Ricord, une seule cause compte dans l'étiologie de la maladie, c'est l'inflammation. Ricord donne à ce sujet des exemples pit-

toresques. Pour les virulistes, la cause incombe à un virus. Malgré sa théorie fausse, Ricord, en 1848, dans son traité : *Les Maladies vénériennes*, définit le traitement exact de l'orchio-épididymite. Traitement très simple où Ricord signale la nécessité de rester au lit et d'avoir les testicules maintenus élevés par une planchette, de façon à ce que le malade ait la tête en bas et les testicules au plafond. Enfin, il décrit la manière de composer un suspensoir compressif correct et vante les bienfaits de la compression brutale.

En 1882, Niesser, par la découverte du gonocoque dans le pus urétral des blennorragiques, met fin à la discussion sur l'étiologie. Il faut arriver jusqu'en 1914 pour que Nicolle et Blaizot, par la découverte du synocoque (diplocoque prenant le Gram), viennent encore ajouter un argument de plus à la cause des virulistes.

En somme, de cette méthode de traitement, empirique au début, grotesque parfois, comme chez les Scythes, bien définie par Ricord, il nous reste aujourd'hui les plus importantes des indications et une règle de conduite autorisée dans le traitement médical des orchio-épididymites

CHAPITRE II

NOTIONS SUR L'ORCHI-EPIDIDYMITE BLENNORRAGIQUE

L'orchi-épididymite est une complication fréquente de la blennorragie, complication grave puisqu'elle peut amener l'aspermie du côté du testicule touché et la stérilité si elle atteint les deux testicules.

FRÉQUENCE :

Rollet la constate dans 27,9 p. 100 des cas;

Turnowski, dans 12,2 p. 100;

Julien, dans 15,2 p. 100;

Finger, dans 29,9 p. 100;

Augagneur, dans 58 p. 100 (Antiquaille, Lyon).

ETIOLOGIE. — Cette complication débute vers la quatrième ou cinquième semaine de l'infection gonococcique, mais peut commencer plus tôt, vers le sixième jour de l'infection.

Les circonstances occasionnelles qui l'influencent sont, par exemple, un traumatisme testiculaire, des exercices violents, des cathétérismes ou des lavages mal faits, des coïts répétés ou des excès de boissons alcooliques.

Mais elle peut débiter sans qu'aucune de ces causes soit apparente.

PATHOGÉNIE :

1° La douleur avec sensation de pesanteur, tantôt sourde, tantôt violente, s'irradiant vers les hanches, les reins, le petit bassin, la face interne des cuisses et rendant impossibles, du

moins difficiles, la marche et la station debout. Si le malade marche, il avance péniblement, les jambes écartées, les genoux légèrement fléchis.

2° *Symptômes généraux.* — L'écoulement urétral diminue ou disparaît presque pour réparaître à la fin de la complication.

La fièvre s'allume.

TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX :

Anorexie;
Langue saburrale;
Vomissements;
Constipation.

SYMPTOMES SUBJECTIFS. — Le testicule est double ou triple de son volume normal, une partie de la tumeur est constituée par du liquide épanché dans la vaginale.

La peau est déplissée, rouge et tendue.

Le tissu cellulaire sous-cutané est œdématisé.

L'épididyme est tuméfié; l'infection atteint d'abord la queue de l'épididyme, puis s'étend rapidement à la tête.

Le cordon spermatique est dur et douloureux.

Le toucher rectal montre que le lobe prostatique correspondant au canal déférent enflammé est gros et douloureux.

FORMES CLINIQUES :

a) *Intensité :*

Subaiguë;
Aiguë;
Suraiguë.

b) *Localisation :*

Unilatérale;
Bilatérale;
A bascule;
Cryptorchidienne;
A répétition.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les autopsies de sujets morts pendant le cours d'une orché-épididymite blennorragique aiguë ont permis à Godard, en 1836, de tirer les conclusions suivantes :

1° Le testicule qui correspond à l'épididyme enflammé, bien qu'il renferme un plus grand nombre de globules sanguins que celui du côté opposé, peut cependant continuer à sécréter des spermatozoaires.

2° Du côté affecté, les voies spermatiques sont oblitérées : Dans ses comptes rendus d'autopsie, dans le côté touché, on ne trouve pas « d'animalcules », ni dans le canal déférent, ni dans la vésicule séminale, tandis que du côté sain on peut en rencontrer une notable quantité.

3° Du côté correspondant à l'épididyme affecté, la vésicule séminale, quoique parfaitement saine, a perdu de son volume et ne renferme pas « d'animalcules ».

EVOLUTION. — La durée de la maladie est de douze jours en moyenne. Elle se termine :

1° Par résolution, en laissant toutefois un testicule irritable et un petit noyau induré au niveau du *globus minor*;

2° Par suppuration et atrophie.

PRONOSTIC. — De l'exposé des conclusions de Godard, nous voyons qu'il faut intervenir le plus vite possible pour conserver le plus possible la fonction externe du testicule. Le pronostic est fonction du traitement, dont nous allons maintenant exposer les différentes méthodes et essayer de voir la meilleure à préconiser.

CHAPITRE III

TRAITEMENTS EXTERNES MEDICAUX

Nous étudierons successivement :

- 1° Compression;
- 2° Substances médicamenteuses externes;
- 3° Réfrigérants;
- 4° Diathermie.

I. — Compression

Sans oublier de nommer Jean de Gaddesden, qui est le premier médecin qui ait parlé de suspensoir, les méthodes de compression employées par les médecins contemporains de Ricord sont intéressantes à signaler.

Frick exerce cette compression avec des bandelettes d'emplâtre de Vigo.

Velpeau, avec du diachylon, et Stettin, avec des bandes de toiles dextrinées, arrivent au même résultat.

Ricord dit : « Il sied d'employer de longues bandelettes d'emplâtres de Vigo. Tandis qu'une main refoule les testicules au fond des bourses, l'autre commence à enrouler autour du pédicule du scrotum ces bandelettes en anneaux imbriqués, de manière à exercer une pression assez forte mais égale et cylindrique jusqu'à la partie inférieure du testicule et en évitant autant que possible de faire des plis à la peau. Puis les bandelettes sont appliquées en s'imbriquant et se croisant pour exercer à leur tour la pression de bas en haut, de manière

à former une sorte de panier dont les anses sont maintenues par quelques tours de circulaire. »

En 1853, Lange, puis Ricord, Bonnafont, Cavaleri, emploient le collodion, qui, en séchant, se rétracte et doit ainsi comprimer le scrotum. Ray propose le collodion riciné, qui présente l'avantage de ne pas s'écailler.

En 1913, Bier provoque une hyperhémie veineuse à l'aide d'un tube de caoutchouc placé à la racine des bourses; il se produit un œdème, qui, d'après Bier, gêne l'absorption des toxines, les dilue et les rend inoffensives et, enfin, détruit les agents infectieux par intoxication locale.

Des statistiques ont montré que l'on arrive à diminuer le nombre des reliquats épидidymaires par cette méthode.

II. — Substances médicamenteuses sur le scrotum.

De l'avis de Finger, ces substances ont pour but, étant irritantes ou caustiques, de provoquer une forte contraction réflexe du dartos et, partant de là, une compression. Ces substances, qui sont soit révulsives, soit décongestionnantes, soit, enfin, sédatives de la douleur, peuvent laisser espérer une action thérapeutique.

La teinture d'iode a été employée par Sigmund en 1853.

Puis l'acide nitrique a été essayé par Chassaignac. Le nitrate d'argent, en solutions concentrées (20 p. 100), a été appliqué par Jordan, Smith, Girard, Cowel et Bizzari. Ceux-ci assurent que la localisation testiculaire de l'infection dure moins longtemps.

Assodarian fait des essais avec l'éther sulfurique. La pommade belladonnée a ses premiers partisans, avec Sabadini, en 1880, et Alvarez, en 1882.

Enfin Drouet, en 1882, essaie des badigeonnages de la région inguinale avec l'acide phénique.

Bien que plusieurs de ces substances n'aient plus pour nous que l'intérêt des expérimentations passées, l'idée est demeurée puisque l'on emploie encore la pommade belladonnée et que

L'on applique aussi les sels d'argent (collargol, électrargol) et le salicylate de méthyle.

III. — Réfrigérants.

La première application de glace sur le scrotum est faite par Curling en 1862. Il fut frappé de voir la douleur disparaître très vite.

Bargioni préconise cette méthode pour la même raison, mais ajoute que « l'évolution de la maladie n'est pas changée ».

L'emploi de la glace est un antiphlogistique puissant, mais son usage prolongé peut arriver à produire des infiltrats extrêmement durs, qu'il est parfois difficile de faire disparaître.

Vers la même époque, Bouisson essaie la stypage au chlorure d'éthyle, mais est arrêté par les douleurs intolérables qu'accuse le malade.

Signalons enfin la méthode de Munn, qui alterne le froid et le chaud, mais qui, elle aussi, est très douloureuse.

IV. — Diathermie.

La diathermie a pour but d'élever à une température supérieure de plusieurs degrés à la normale une partie importante du corps. Cette élévation de température est obtenue à l'aide de deux électrodes entre lesquelles circule un courant d'Arsonval.

Dans le traitement des infections gonococciques, la diathermie présente un grand intérêt. En effet, le gonocoque est facilement tué par la chaleur, c'est, de tous les micro-organismes, celui qui est détruit à la plus basse température. La température à laquelle il est tué n'affecte en rien les tissus de l'organisme : c'est ainsi que lors d'une fièvre élevée disparaît un écoulement abondant. D'autre part, l'application de la chaleur par diathermie augmente l'activité de la circulation dans la région traitée.

MÉTHODE D'APPLICATION DE LA DIATHERMIE.

Le gonocoque est instantanément détruit à 48 degrés (108° F.). Le principe consiste à faire pénétrer dans l'épididyme une température de 106 à 108° F. pendant trente ou quarante minutes, ce qui donne pratiquement une destruction de tous les gonocoques. Pour obtenir ce résultat, on se sert de deux électrodes dans lesquelles passe un courant et la chaleur s'accumule entre ces deux électrodes. De plus, l'instrument est disposé de façon à pouvoir contrôler la température.

La première électrode est appliquée sur le scrotum, la deuxième sur l'épigastre. Ensuite on fait une application sur la verge pour détruire l'infection originelle.

Cumberbach et Robinson assurent avoir eu des résultats excellents sur 26 orchio-épididymites traitées, mais ne donnent pas de chiffres. Ils disent « Immédiatement après l'application, le testicule et l'épididyme sont rendus indolores, tout rentre dans l'ordre après la troisième application. » Owsley Grant, William S. Erlich, sont aussi enthousiastes. Roucayrol (Paris) préconise la méthode.

Nous n'avons pas eu l'occasion de pouvoir consulter d'observation, mais il nous semble qu'un tel traitement ait un gros inconvénient : c'est celui d'obliger le malade à se déplacer pour aller chez le diathermiste, chose qui n'est pas indiquée dans le traitement de l'orchio-épididymite.

CHAPITRE IV

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

Ces traitements ont été institués à la suite de la constatation de la fréquence, dans l'orché-épididymite, d'abcès enkystés.

A. PREMIÈRE PÉRIODE : VELPEAU (1840 à 1880). — En 1840, Velpeau fait le premier essai de débridement d'un foyer d'orché-épididymite. Ensuite Vidal de Cassis et Dumesnil vantent une méthode énergique mais efficace : le débridement des enveloppes scrotales jusqu'à la tunique vaginale sur une étendue de 1 cm. 1/2 à 2 centimètres. Cette méthode, très en honneur, fut abandonnée après que Demarquay, Salleron, Beau-nis, eurent signalé à la suite la formation d'abcès, le développement d'une gangrène, la destruction du testicule. En 1847 Velpeau, puis, en 1851, Pirogoff, tentent la ponction de la vaginale. L'ignorance de l'asepsie à cette époque cause des désastres et oblige les auteurs à interrompre cette intervention.

En 1850, Jaubert cherche à influencer directement la vaginale en injectant dans la cavité séreuse de la teinture d'iode; ce traitement par ponction fut complété par Smith (1864), Ragazzoni et Appiani, Nunn (1870) et Bonnier (1868).

B. — De nos jours, avec la connaissance des procédés d'asepsie, les résultats ont été meilleurs. La ponction, suivie ou non d'injection d'un liquide bactéricide, a été reprise.

Hannone (1907), P. Asch (1911), Doriet, Desvignes, Rohrbach (Kiel, 1913), ont employé l'injection d'électrargol, injection douloureuse, suivie d'un effet sédatif net et d'une amélioration de l'état général.

Plus récemment, Cattier a ajouté à l'électrargol de la syncaïne, qui permet d'éviter les douleurs. Par ce procédé, l'auteur assure conserver la perméabilité du canal épидидymaire et avoir une bonne influence sur la résorption de l'infiltrat.

L'acide picrique (Panichi), l'iode colloïdal (Deschamps et Perrigault), auraient employé comme lui, les mêmes effets que l'électrargol.

Tout récemment, Tansard a expérimenté les injections de vaccin antigonococcique et assure avoir eu de bons résultats. Nous ne pouvons déduire quelque chose de ce nouveau procédé, en l'absence d'observations.

De même que la ponction a été reprise de nos jours, l'intervention chirurgicale a suivi une nouvelle évolution. L'atteinte de l'épididyme prouvé, des chirurgiens ont ouvert cet épидидyme, et non plus le testicule, comme leurs prédécesseurs. L'épididymotomie préconisée par Escat et Bajet paraît supérieure à la ponction. Déjà, dans une thèse de 1909, Ratel, sous la présidence de M. le Professeur Pousson, préconisait l'épididymotomie, non pure et simple, mais en essayant de conserver le canal épидидymaire, qui peut parfois être épargné. C'est l'avis de MM. Guyot et Jeanneney, qui ont publié, en 1922, des observations de malades guéris en huit jours et qui concluent :

Immédiatement après l'épididymotomie, sédation de la douleur.

Médiatement, la disparition de la tuméfaction inflammatoire et souvent du noyau secondaire.

CHAPITRE V

TRAITEMENTS INTERNES

- 1° Traitements anciens;
- 2° Malariathérapie;
- 3° Le sulfarsénol intraveineux;
- 4° Acridinothérapie;
- 5° Protéinothérapie;
- 6° Vaccinothérapie.

I. — Traitements anciens.

L'iodure de potassium a été préconisé, en 1834, par Simon, qui fait remarquer que cette méthode aide à la résorption des noyaux épididymaires de séquelles.

Le salicylate de soude a été employé, en 1882, par Hauderson, puis, en 1886, par Chauffard et Ducastet.

La teinture d'anémones pulsatiles a été essayée, en 1882, par Lydston, puis par Martel et Chambœrs.

Les autres médicaments préconisés dans le traitement des orché-épididymites ont été tour à tour l'huile de santal, l'arnica, le sous-nitrate de bismuth.

Bien que ces traitements soient pour la plupart tombés dans l'oubli, on y revient actuellement avec la vaccinothérapie et la protéinothérapie; médications nouvelles qui ont pour but soit de vacciner le malade, soit d'intervenir en temps que traitement de choc.

II. — Malariathérapie.

G. Schoerber relate des cas de gonococcie avec ou sans complications, ayant heureusement évolué par la malariathérapie. Cette méthode n'est pas à conseiller, bien que les sujets puissent être rapidement guéris de leur paludisme avec quatre grammes de quinine. On peut aussi bien remplacer cette méthode par l'injection de Dmelcos qui, comme dans le traitement de la paralysie générale, élève la température à 40 degrés et est un très bon traitement de choc.

III. — Sulfarsénol.

Dans les complications de la blennorrhagie, le sulfarsénol en injections intraveineuses paraît posséder, de l'avis de certains auteurs, une activité beaucoup plus ferme et beaucoup plus constante que les autres médications employées (vaccins, lait).

Les orchio-épididymites évoluent heureusement sous l'effet du traitement, mais il est parfois utile de recourir aux traitements adjuvants, qui sont des auxiliaires précieux de ces affections.

Préconisé par Lévy Bing et Dureux, le sulfarsénol, à dose de 0 gr. 12 à 0 gr. 30, en injections intraveineuse ou intramusculaire est efficace en cas d'orchio-épididymite. Introduit dans l'organisme, il possède une activité d'action comparable, que l'on emploie la voie intramusculaire ou intraveineuse. De plus, il possède un mode d'administration facile, qui ne peut être employé pour les autres arsenicaux.

Au contact du gonocoque, le sulfarsénol agit peut-être comme microbicide, peut-être même influence-t-il ses toxines, mais Jorand (Thèse Paris, 1919) croit plutôt à son action hémato-poïétique, vu l'amélioration de l'état général des sujets traités.

En effet, après la première injection, on note une abondance de l'écoulement urétral, rapidement tari d'ailleurs par une phagocytose très active.

Les examens bactériologiques de pus donnent la disparition rapide et précoce des gonocoques.

On note aussi un bien-être général très précoce et la disparition de la fièvre.

Ce produit, qui ne peut pas être étiqueté spécifique contre le gonocoque, ne peut justifier son action curative que par le choc qu'il produit intérieurement.

IV. — Acridinothérapie.

Edward Ahlswede (Hambourg) nous parle de produits assez récents qui seraient d'un bon usage dans le traitement des diverses complications de la gonococcie. Ces produits seraient des dérivés de l'acridinium et aussi des combinaisons de cette substance avec l'argent. Il nous en cite quatre :

Tripaflavine ou gonacrine;
Sanoflavine;
Argochrome (bleu de méthylène + argent);
Argoflavine.

La tripaflavine est un corps puissamment antiseptique puisqu'elle tue les gonocoques en deux minutes et demie en solution à 1/400.000^e; elle arrête leur développement en quarante-huit heures. Depuis décembre 1919, l'auteur a employé la tripaflavine en injections intraveineuses dans tous les cas de gonococcie avec ou sans complications. Il ne donne malheureusement pas de statistiques.

Il note seulement que ce corps n'est pas dangereux, que les réactions qu'il a notées sont bénignes.

A. Lloret (Madrid) conclut un rapport sur l'acridinothérapie en disant qu'elle n'est pas supérieure aux vaccins avec protéines ou au salicylate de soude en injections intraveineuses. Elle a de bons résultats et aussi des échecs, mais cependant elle paraît plus active dans l'orchi-épididymite que dans la blennorragie.

V. — Protéinothérapie.

On utilise pour cette méthode thérapeutique diverses variétés de protéines empruntées soit aux liquides naturels (sérum, plasma, lait), soit aux substances chimiques.

Ces protéines ne sont pas bactéricides, la plupart au contraire ont des propriétés analogues à celles utilisées en bactériologie. Ainsi, elles se différencient des métaux colloïdaux, bien que la réaction produite par les injections de protéine soit analogue à celle due à l'emploi des métaux colloïdaux.

Widal explique leur action lorsqu'il écrit que ces substances non spécifiques semblent agir en troublant toutes l'équilibre colloïdal du plasma sanguin et en provoquant, de cette manière, une réaction plus ou moins nette des appareils régulateurs de cet équilibre qui entraîne, au cours des maladies aiguës, ce qu'il appelle « une sorte de crise anticipée ».

Dans le traitement des orchio-épididymites la substance employée est le lait bouilli, vanté par les Allemands : Schmidt, Müller, Oppenheim, Weiss, Saxl, Krausz et Bachtez.

Les réactions biologiques dues à l'injection de lait sont intéressantes à signaler :

Fièvre, sensations de froid, céphalées;
Herpès labial;
Leucocytose.

Cet ensemble de symptômes qui constitue « le choc peptonique » paraît avoir d'excellents résultats sur l'évolution de la maladie. Weiss constate les bons effets de ce traitement dans les orchio-épididymites. Des injections intramusculaires de 40 centimètres cubes de lait bouilli, faites tous les trois jours, font disparaître les douleurs quelques heures après la première injection et guérissent en moins de quinze jours.

Pour Domec, le lait agit à la façon des sérums spécifiques

OBSERVATION I.

(Thèse de BERNARD, Paris, 1920.)

H..., entré le 15 mars, Hôpital Saint-Louis, Service du Docteur Hudelo.

Blennorrhagie chronique, datant de deux mois. Urines louches contenant de gros filaments. Orchi-épididymite gauche ayant débuté il y a huit jours. Epididyme et testicule très volumineux.

Cordon gros comme le petit doigt. Douleurs violentes spontanées (causant insomnie) avec irradiations dans le bas-ventre et la région lombaire.

Le 15 mars : Injection de lait. Température le soir : 38 degrés.

Le 16 : Pas d'amélioration.

Le 17 : Deuxième injection de lait. Pas de fièvre.

Le 18 : Testicule et épididyme diminués de moitié.

Le 19 : Troisième injection de lait.

Le 21 : Quatrième injection de lait. Testicule et cordon normaux. Petit noyau épididymaire. Douleurs nulles.

Le 23 mars : Cinquième injection. L'épididyme est redevenu normal. On continue le traitement par des lavages à l'oxycyanure.

OBSERVATION II

(Thèse de BERNARD, Paris, 1920.)

E... (A.), entré le 7 mai 1920, Hôpital Saint-Louis, Service du Docteur Hudelo.

Blennorrhagie chronique datant de six mois. Orchi-épididymite gauche depuis quatre jours. Douleurs violentes dans le testicule avec irradiation dans la région abdominale. Testicule actuellement assez volumineux, ainsi que l'épididyme, et très douloureux à la pression. Prostate normale. Urines troubles avec gros filaments. Le 15 mai guérison après 5 injections de lait.

Dans les observations qui suivent, nous ne donnons pas, dans un but d'abréviation, la description détaillée des symptômes en présence de cas non douteux, chez des sujets incontestablement atteints de blennorrhagie et chez lesquels le diagnostic de la complication orchi-épididymaire était certain et vérifié.

OBSERVATION III.

(Recueillie dans le service de M. le Professeur PETGES.)

J... (V.), entre le 29 mars.

Blennorrhagie chronique datant de 1916. Rechute datant de quinze jours.

Epididymite gauche depuis quatre jours, guérie le 8 avril par 4 injections de lait, la dernière ayant été faite le 30 mars.

OBSERVATION IV

(Recueillie dans le service de M. le Professeur PETGES.)

S... (Louis), 28 ans, entré le 16 juillet 1928.

Orchi-épididymite droite datant de deux jours, consécutive à une blennorrhagie datant de deux mois.

Le 18 : Première injection de lait. Amélioration appréciable. Douleur s'atténue.

Le 20 : Deuxième injection.

Le 24 : Troisième injection.

L'orchi-épididymite est presque guérie.

Le malade sort le 28 juillet. Guérison.

VI. — Vaccinothérapie.

La vaccinothérapie, mise en œuvre par Jenner, a été étendue bientôt à tous les domaines, à mesure que les microbes spécifiques de chaque maladie étaient trouvés.

Dans la vaccinothérapie antigonococcique, nous étudierons deux catégories de vaccins :

1° les stock-vaccins;

2° les autovaccins.

A. STOCK-VACCINS. — 1° Le père de la vaccinothérapie antigonococcique est Wright. Le premier vaccin est préparé en tuant, par un séjour d'une demi-heure dans une étuve à 60 degrés, une culture de gonocoques polyvalents dans une solution de chlorure de sodium.

Chaque dose contient 50 millions de gonocoques, que l'on

injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse ou de l'abdomen. La technique du traitement est assez facile à condition que l'on attende, pour faire la deuxième injection, que la réaction produite par la première soit terminée, car le gros défaut de ce vaccin est d'être toxique. C'est un défaut semblable qui a fait abandonner le vaccin de Besredka.

2° Cruweilher a employé des virus vaccins sensibilisés par la méthode de Besredka. Il a employé des cultures de gonocoques vivants, sensibilisés par la fixation préalable des anticorps d'un sérum avec lequel on les a laissés en contact, pour neutraliser autant que possible l'endotoxine des microbes.

Par ce procédé, l'analgésie est rapide, la durée de l'affection semble être raccourcie, mais ce vaccin a été abandonné, car il présente le même inconvénient que celui de Wright et de plus il est instable, car les gonocoques sont vivants.

3° Nicolle et Blairot, ensuite, composèrent un vaccin. Leur premier vaccin consistait en une simple culture de gonocoques sur gélose, culture de vingt-quatre heures, émulsionnée dans du sérum physiologique, puis centrifugée et lavée. Ce vaccin, en injection intraveineuse, produisait une réaction formidable, aussi les auteurs abandonnèrent leur expérimentation.

Il fallait à ces vaccins, pour les rendre serviables :

- a) Supprimer la vitalité du microbe;
- b) Supprimer sa toxicité;
- c) Obtenir sa conservation.

L'emploi des solutions fluorurées supprima la vitalité du microbe et facilita sa conservation; puis après la découverte du synoque, associé au gonocoque dans tous les cas de blennorrhagie, son emploi dans les vaccins associés au gonocoque atténua très nettement la toxicité du vaccin.

Les laboratoires ont employé ces solutions fluorurées : Le Néo-Dmégon, par exemple, est une émulsion de microbes tués sans que le chauffage intervienne. Une solution fluorurée comme véhicule laisse aux microbes tués toutes leurs propriétés vitales, à la vie près. C'est un vaccin stabilisé.

4° En 1914, Lumière et Vigne ont proposé un vaccin d'emploi discret, car il s'absorbe par la voie gastro-intestinale, mais dont les résultats ne sont ni meilleurs ni pires que ceux des vaccins déjà nommés. La technique de leur préparation change, car ce sont des cultures de gonocoques sur levure de bière qui servent pour faire le vaccin.

5° Puis Bruschetti a fabriqué un vaccin de composition suivante :

Gonocoques, 100 millions;
Pseudo-gonocoques, 50 millions;
Staphylocoques (isolés de l'urètre), 20 millions,
Pseudo-diphthériques, 30 millions, par ampoule de deux centicubes.

Ce vaccin s'administre soit par voie intramusculaire, soit par voie sous-cutanée, soit enfin *loco dolenti*.

6° Baillie a préparé des vaccins avec des gonocoques tués par l'acide phénique.

7° Citons enfin les vaccins incorporés à un excipient huileux dont les gonocoques sont tués par le froid (Lemoignic); les vaccins de Demouchy, dont les gonocoques sont tués par la chaleur et émulsionnés dans une solution de sulfate de magnésie à 10 p. 100^{es}; le Gonagone qui contient des gonocoques, des germes associés les plus fréquents et en outre de l'anatoxine; enfin le vaccin de l'Institut Pasteur, qui est une suspension, dans l'eau physiologique à 8 p. 100, de plusieurs souches de gonocoques.

La multiplicité de ces stock-vaccins peut faire penser qu'on est encore à la recherche d'une solution définitive.

B. AUTOVACCINS. — L'autovaccinothérapie préconisée par Wright est le traitement avec un vaccin fabriqué avec des microbes prélevés dans le pus urétral des blennorragiques, ou dans l'épididyme par ponction et tués par un procédé quelconque (acide phénique, froid, chaleur, fluorure).

Le tableau des observations qui suit va nous montrer si le traitement par les stock-vaccins fait évoluer la maladie plus heureusement que si le traitement médical seul est institué.

NOM AGE, PROFESSION	LOCALISATION AFFECTION CONCOMITANTE	DÉBUT du traitement vaccinal après le début de l'orchite	NOMBRE d'injections	DURÉE du traitement vaccinal	DURÉE du traitement total jusqu'à la guérison
L. M., 28 ans, manœuvre.	Orchite droite.	7 jours.	7	13 jours.	20 jours.
M. A., 23 ans, manœuvre.	Orchite gauche.	3 jours.	6	12 jours.	15 jours.
M. C., 21 ans, manœuvre.	Orchite gauche.	8 jours.	4	7 jours.	15 jours.
G. A., 19 ans, boulanger.	Orchi-épididymite gauche.	8 jours.	4	7 jours.	15 jours.
A. A., 35 ans, s. p.	Orchi-épididymite droite avec funiculite.	10 jours	11	22 jours.	32 jours.
A., 22 ans, s. p.	Orchite gauche.	9 jours.	9	18 jours.	27 jours.
B. O., 22 ans, charpentier.	Orchite gauche.	8 jours.	6	9 jours.	17 jours.
R. G., 25 ans, électricien.	Orchite gauche.	13 jours.	4	8 jours.	21 jours.
D. J., 32 ans, manœuvre.	Orchite droite.	8 jours.	6	12 jours.	20 jours.
C. Y., 18 ans, marin.	Orchite droite.	6 jours.	3	20 jours.	26 jours.
F. A., 23 ans, pâtissier.	Orchite droite.	16 jours.	5	9 jours.	25 jours.
M. F., 18 ans 1/2, boulanger	Orchite droite.	16 jours.	6	17 jours.	33 jours.
L., 19 ans, mouleur.	Orchi-épididymite bilatérale.	14 jours.	4	14 jours.	28 jours.
B. S., 29 ans, manœuvre.	Orchi-épididymite droite.	10 jours.	8	8 jours.	18 jours.
B. L., 17 ans 1/2, plâtrier.	Orchi-épididymite gauche.	7 jours.	10	16 jours.	23 jours.
Ch. L., 26 ans, employé au tramway.	Orchi-épididymite gauche.	15 jours.	6	11 jours	26 jours.
P. M., 16 ans, s. p.	Orchi-épididymite gauche.	3 jours.	1	27 jours.	30 jours.
B. C., 26 ans, chauffeur de taxi.	Orchi-épididymite droite.	6 jours.	6	11 jours.	17 jours.
J. J., 35 ans, valet de cham- bre.	Orchi-épididymite gauche.	7 jours.	7	20 jours.	27 jours.
H. M., 26 ans, représentant de commerce.	Orchi-épididymite gauche.	1 jour.	5	17 jours.	18 jours.
B. F., 24 ans, forain.	Orchi-épididymite gauche.	2 jours.	7	15 jours.	17 jours.
C. E., 36 ans, manœuvre.	Orchi-épididymite gauche.	6 jours.	7	12 jours.	18 jours.
F. A., 23 ans, manœuvre.	Orchi-épididymite droite. Funiculite.	2 jours.	9	23 jours.	25 jours.
G. B., 19 ans, cuisinier.	Orchi-épididymite droite. Funiculite.	12 jours.	7	16 jours.	28 jours.
H. F., 27 ans, navigateur.	Orchi-épididymite gauche. Funiculite.	8 jours.	8	6 jours.	14 jours.
C. P., 29 ans, manœuvre.	Orchi-épididymite droite. Funiculite.	6 jours.	8	12 jours.	20 jours.
K., 29 ans, manœuvre.	Orchi-épididymite bilatérale	7 jours.	6	10 jours.	17 jours.
D. O., 25 ans, manœuvre.	Orchi-épididymite droite.	1 jour.	16	23 jours.	24 jours.
B. I., 19 ans, chocolatier.	Orchi-épididymite gauche.	3 jours.	9	30 jours.	33 jours.
Th. A., 34 ans, marin.	Orchi-épididymite bilatérale.	4 jours.	8	12 jours.	16 jours.

Que ressort-il de ces observations ?

1°. La moyenne des temps de guérison des malades traités par la vaccinothérapie associée au traitement médical est de vingt et un jours;

2°. La réaction chez certains malades a été assez vive. L'un d'eux a présenté après la première injection une réaction tellement forte qu'on dut lui prescrire de l'adrénaline et arrêter complètement les injections;

3°. Les vaccins immunisent-ils l'individu et évitent-ils le retour des complications ?

Le Docteur P. Barbeillon (Paris, 1929) a publié dans le *Journal d'urologie* des observations dans lesquelles un malade traité par le vaccin pour une orchite n'échappe pas à une deuxième orchite :

OBS. I. — M. Br..., 26 ans. Première blennorragie de dix jours. Orchite.

13 piqûres de vaccins.

Deuxième orchite à gonocoques à la suite.

De plus, les observations suivantes prouvent que le malade n'est pas immunisé :

OBS. II. — M. F..., 29 ans. 30 décembre. Deuxième blennorragie de deux jours. Urétrite antérieure légère.

Après 4 piqûres de vaccin : l'urétrite est totale.

Après 6 piqûres : orchite.

Après 14 piqûres : 2 verres troubles, gonos + +.

OBS. III. — M. S..., 27 ans. 20 mai. Deuxième blennorragie de trois jours.

10 piqûres de vaccin : orchite.

10 piqûres encore : gonos + +.

4° Cause de l'inefficacité des vaccins. — L'inefficacité des vaccins est due à ce fait qu'il n'y a pas un gonocoque mais des gonocoques différents, de virulence variable, qui expliquent les allures fort différentes de la maladie.

On a décrit dans ces dernières années des pseudo-gonocoques (Wormser) ressemblant beaucoup aux gonocoques. D'autres auteurs affirment, et c'est l'opinion de Le Fur, que le gonocoque n'est pas le seul à devoir retenir l'attention, à beaucoup près; les microbes « associés » ou « secondaires » jouent un rôle considérable dans l'évolution de la maladie, sinon un premier rôle, du moins un rôle égal à celui du gonocoque, surtout à partir de la première ou de la deuxième semaine. Or, c'est précisément vers cette période que menace d'apparaître l'orché-épididymite. Si alors le stock-vaccin ne contient pas de ces microbes, il est logique de penser qu'il est inefficace. Les Américains emploient depuis un certain temps un stock-vaccin comprenant, à côté du gonocoque, du staphylocoque, de l'entérocoque et du bacille pseudo-diphtérique, dont ils disent avoir obtenu de bons résultats.

Aux nombreux vaccins qui ont été préconisés contre la blennorragie et ses complications (vaccin de l'Institut Pasteur, de Cruveilhér, de Demouchy, de Lemoignie et Sezary, de Renaud-Bodet, le Neo-Dmegou) on peut faire le même reproche : ce sont tous des vaccins monomicrobiens dirigés contre le gonocoque uniquement. Ces vaccins, s'ils ont une valeur, que nous n'avons pas à déterminer ici, dans le traitement de la blennorragie au début, deviennent inefficaces à la période subaiguë ou chronique quand les microbes associés se sont développés.

En résumé, l'emploi de stock-vaccins dans le traitement de l'orché-épididymite blennorragique ne donne aucun résultat. C'est l'avis de MM. Duvergey, Dax et Ramarony, qui ont publié dans le *Journal d'urologie* (1926) un article sur la vaccination antigonococcique, et qui nient les effets heureux des stock-vaccins dans le traitement des localisations du gonocoque sur l'épididyme.

Quant à l'autovaccin, qui reproduit toutes les espèces microbiennes représentées dans l'écoulement, son emploi paraît plus rationnel et doit être plus actif, mais le petit nombre d'observations que nous avons pu recueillir ne nous permet pas de tirer des conclusions.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT MEDICAL

A côté de tous ces traitements, il en est un que préconisait Ricord et qui n'a pour ainsi dire pas changé depuis, c'est le traitement médical dont nous allons voir les différentes indications suivant l'évolution de la maladie.

Les principes de ce traitement répondent à ces deux indications :

1° Calmer la douleur;

2° Amener la résolution aussi promptement que possible.

1° ORCHI-ÉPIDIDYMITE AIGÜE :

- a) Cesser le traitement contre la blennorragie;
- b) Lit. Repos absolu;
- c) Relever les bourses pour faciliter la circulation de retour. Pour ce faire, l'emploi d'une planchette est nécessaire ou encore le port d'un suspensoir (type Horand Langlebert);
- d) Sur le scrotum et sur la région du cordon appliquer de larges cataplasmes de farine de lin;
- e) Tous les deux jours faire prendre un grand bain tiède d'une heure de temps;
- f) Fréquents purgatifs;
- g) Ne permettre au malade de se lever que quand la douleur a complètement disparu.

2° ORCHI-ÉPIDIDYMITE SURAIGÜE :

- a) Contre la phlegmasie épидидymaire, application de sangsues au-dessus du testicule et le long du cordon;

- b) Compresses d'eau boriquée;
- c) Si gros épanchement, ponction de la vaginale;
- d) Si suppuration, l'ouverture prudente du foyer est préconisée.

3° ORCHI-ÉPIDIDYMITE SUBAIGUË:

On se rapporte au traitement de l'orchi-épididymite aiguë en insistant surtout sur le repos, le port du suspensoir et l'arrêt de la médication contre la blennorrhagie.

4° ORCHI-ÉPIDIDYMITE DOUBLE :

Aucune indication spéciale n'est à signaler.

Nous allons voir maintenant, par le tableau d'observations ci-après, les résultats obtenus avec cette méthode.

Des observations de malades soumis au traitement médical pur, il ressort :

- 1° Que la moyenne des temps de guérison ne dépasse pas vingt-deux jours.

Avec la vaccinothérapie nous ne gagnons donc qu'un jour. Devons-nous, pour gagner un laps de temps aussi minime, risquer les réactions formidables que nous avons pu observer ?

Nous avons vu, dans le service de M. le Professeur Petges, un malade, atteint d'orchi-épididymite, présenter des symptômes très graves dus « au choc colloïdo-clasique » : fièvre à 40 degrés, angoisse, dyspnée, et finalement le collapsus succéder à ces symptômes avec pouls filant à tel point que nous avons craint de voir succomber le malade. Ce sont là des cas tragiques qui restent dans l'esprit de leur observateur et dont il se souvient toujours.

L'avis actuel des urologistes est qu'il vaut mieux s'en tenir au traitement médical pur.

- 2° Qu'une première orchite ne met pas le malade à l'abri d'une seconde.

L'emploi des vaccins nous a permis de faire la même constatation.

- 3° Que le traitement médical a pour lui d'être simple, inoffensif; ce qui est beaucoup.

NOM AGE, PROFESSION	LOCALISATION AFFECTIONS CONCOMITANTES	DURÉE du traitement médical jusqu'à la guérison
J. D., 18 ans, tailleur de pierre	Orchi-épididymite droite.	20 jours.
D., 18 ans, sans profession.	Orchi-épididymite droite avec funiculite.	10 jours.
P. G., 25 ans, marin.	Orchi-épididymite gauche.	14 jours.
D. G., 26 ans, manœuvre.	Orchi-épididymite droite.	19 jours.
J. F., 18 ans, coiffeur.	Orchi-épididymite droite.	19 jours.
R. C., 26 ans, chauffeur.	Orchite droite.	30 jours.
	Orchite gauche 2 mois après.	17 jours.
	Orchi-épididymite gauche 1 mois après.	16 jours.
L., 22 ans, garçon de café.	Orchite gauche.	30 jours.
	Orchi-épididymite gauche 1 mois 1/2 après.	27 jours.
J. B., 30 ans, cheminot.	Orchi-épididymite gauche. Vaginalite.	29 jours.
B., 24 ans, garçon de café.	Orchi-épididymite droite.	21 jours.
A. S., 21 ans, marin.	Orchi-épididymite gauche à répétition.	15 jours. 20 jours.
F. M., 28 ans, matelot.	Orchite gauche.	15 jours.
P. F., 25 ans, matelot.	Orchi-épididymite gauche.	21 jours.
G. F., 35 ans, manœuvre.	Orchi-épididymite droite. Funiculite.	32 jours.
J. F., 27 ans, sans profession.	Orchi-épididymite droite. Funiculite.	27 jours.
G. E., 27 ans, camionneur.	Orchite droite.	13 jours.
L. H., 24 ans, cheminot.	Orchite droite (Blennorrhagie chronique datant de 4 ans).	21 jours.
R. S., 19 ans, électricien.	Orchite gauche.	10 jours.
	Orchi-épididymite droite 10 jours après.	10 jours.
G., 26 ans, manœuvre.	Orchi-épididymite gauche.	20 jours.
L. G., 27 ans, soutier.	Orchite gauche.	15 jours.
X. G., 28 ans, forgeron.	Orchi-épididymite gauche.	25 jours.
J. B., 18 ans, boulanger.	Orchi-épididymite gauche.	21 jours.
A. B., 18 ans, plongeur.	Orchi-épididymite droite.	32 jours.
H. L. M., 32 ans, docker.	Orchi-épididymite gauche. Funiculite.	24 jours.
J. M., 26 ans, laitier.	Orchi-épididymite gauche.	25 jours.
H. R., 24 ans, marin.	Orchite droite.	17 jours.
C. P., 25 ans, sans profession.	Orchite droite.	17 jours.
G., 20 ans, charpentier.	Orchi-épididymite droite. Légère funiculite.	29 jours.
L. T., 28 ans, cordonnier.	Orchite droite. Noyaux épididymaires.	29 jours.
A. S. H., 21 ans, mécanicien.	Orchi-épididymite droite.	15 jours.
L. L. G., 24 ans, navigateur.	Orchi-épididymite droite.	27 jours.
L. L., 24 ans, limonadier.	Orchi-épididymite droite.	21 jours.
Th. A., 34 ans, marin.	Orchi-épididymite bilatérale.	16 jours.
M. F., 29 ans, cultivateur.	Orchi-épididymite droite.	18 jours.
L. A., 27 ans, employé.	Orchi-épididymite gauche.	10 jours.
L. P., 20 ans, sans profession	Orchite bénigne.	9 jours.
M. Le P., 27 ans, marin.	Orchi-épididymite gauche avec funiculite.	16 jours.

CONCLUSIONS

I. — L'orchi-épididymite étant une complication sérieuse de la blennorragie, tout blennorragique doit essayer d'éviter cette complication en observant une prophylaxie sérieuse :

- 1° Porter un suspensoir ouaté;
- 2° Eviter tout travail pénible et surtout la marche, l'équitation, qui agissent plus ou moins directement sur les organes génitaux;
- 3° Suivre un régime sévère en évitant les épices, les légumes acides, les crustacés, les fromages et les gibiers faits, en bannissant le vin et l'alcool, enfin en ingérant des alcalins :

Sulfate de soude.....	{	aa 2 gr. 50
Bicarbonate de soude.....		

dans 1 litre d'eau ou de tisane.

- 4° Suspendre l'usage des balsamiques;
- 5° Assurer, par des lavements au besoin, le bon fonctionnement intestinal;
- 6° Prendre des antiseptiques éliminés par les urines;
- 7° Suivre surtout un traitement rigoureux de la blennorragie par des lavages bien faits de l'urètre antérieur, puis de l'urètre postérieur, avec du permanganate de potasse à 1/3 à 4.000.

Si le médecin n'est pas sûr de son malade, il devra interrompre les lavages.

II. — La protéinothérapie et la vaccinothérapie n'ont pas donné ce qu'on attendait d'elles et ne doivent pas être préconisées.

III. — Des méthodes trop neuves, comme la diathermie, n'ont pas encore fait leur preuve.

IV. — Le traitement chirurgical semble être le traitement d'exception et ne sera institué que si les autres traitements sont inefficaces.

V. — Le traitement médical, le vieux traitement préconisé par Ricord, est encore celui qui n'a déçu personne et qui, par sa simplicité, plaît au malade.

Il sera donc employé en attendant que la voie toujours ouverte aux nouveaux traitements nous apporte la thérapeutique vraiment efficace que nous voulons croire très proche.

VU, POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

H. VERGER.

VU, BON A'IMPRIMER :

Le Président,

G. PETGES.

1

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 28 novembre 1929.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Thérapeutique urinaire. Marion-Paisseau.
- ACQUAPENDENTE (F. D'). — Lyon, 1666.
- AUGAGNEUR et CARLE. — Précis des maladies vénériennes, 1906.
- ASCH. — Die abortir behandlung der genorrhoroehen epididymitis
Teits. fur urol., 1911.
- BACHELOT. — De l'orchite gonococcique. Paris, 1854.
- BARKER. — Method of treatement of gonorrhoeae. Oxford, 1851.
- BARBELLION. — Etat actuel de la vaccinothérapie dans la gonococcie, 1929.
- BAZET. — Traitement de l'épididymite blennorragique par l'épididymectomie. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, 15 avril 1906, p. 592.
- BERDAL. — Traité des maladies vénériennes, 1906.
- BERNARD. — Comparaison des traitements de l'orchi-épididymite blennorragique. Thèse Paris, 1921.
- BONNAMOUR et SALLE. — *Lyon médical*, 1914.
- BOUHET. — Les injections de lait dans l'épididymite blennorragique. Thèse Lyon, 1923.
- BOUVERET et DECOURT. — Traitement de l'épididymite blennorragique par l'injection intra-épididymaire de sérum anti-gonococcique. *Maroc médical*, n° 76, 15 avril 1908.
- CASSAN. — Contribution à l'étude de la protéinothérapie. Thèse Paris, 1919.
- CATHELIN (F.). — Conférences de thérapeutique et de pratique urinaire.
- CARON. — De l'épididymite blennorragique. Paris, 1854.
- CHAUVET, BONNET, VAUTIER. — Traitement de l'orchite gonococcique par les injections intraveineuses de Mmegon. *Marseille médical*, 15 juillet 1925, n° 20, p. 1225.

- CELSE. — De re medica, liv. V.
- CONCORREGIO. — Tract. 4, chap. XIII.
- COWAN. — Treatment of gonorrheal epididymitis. *Urol. and ent. Rev.*, 1925, p. 660.
- CURNSTON. — Note sur le traitement chirurgical des épididymites blennorragiques. *Rev. Méd. de la Suisse romande*, Genève, 1914, p. 468.
- DELBET et CHEVASSU. — Les oblitérations blennorragiques de l'épididyme et leur traitement chirurgical. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, Paris, 1908, p. 1201.
- DORÉ et DESVIGNES. — Dix observations d'épididymites aiguës blennorragiques traitées par injections intra-épididymaires d'électrargol. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, Paris, juin 1911.
- DUBOIS. — Simples réflexions sur la prophylaxie et le traitement des affections gonococciques dans l'armée, 1918.
- DUVERGEY, DAX, RAMARONY. — Contribution à l'étude de la vaccination dans la blennorragie. *Journ. d'urol.*, 1926, p. 322.
- FINGER. — La blennorragie et ses complications.
- FISER. — Concours médical, mars 1916.
- FURTH. — Traitement par l'électrargol des complications de la blennorragie et en particulier de l'épididymite. *Dermatologist. Wochens.*, 1913.
- GALLIEN. — Livre I.
- GASTAND. — Traitement des orchi-épididymites blennorragiques. Thèse Paris, 1926.
- GIORDANO. — Sopra l'uso delle electrargol par cura rapida dell epididimite blennorragica dell ambiente militare. *Arm. di Med. Navale e colon.*, 1916.
- GODARD. — Anatomie pathologique de l'épididymite blennorragique aiguë. Soc. de biol., 1856.
- Epididymite blennorragique suivie de mort. Autopsie. *Gaz. Méd. de Paris*, 1856.
- GUYOT et JEANNENEY. — Orchi-épididymite blennorragique, valeur du traitement chirurgical. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1922, p. 226.

- HERNANDEZ. — Essai analytique de la non-identité des virus gonorrhéiques et syphilitiques.
- HERODOTE. — Clio, chap. CV.
- HIPPOCRATE. — *De aere aquis et locis*, § 22.
- HORAND. — *Ann. de dermat. et syphil.* Paris, 1878.
- HUDELO. — Gonococcie. Nouveau traité de médecine.
- KOLOPP. — Atrophie testiculaires consécutive à une orchite-épididymite blennorragique. *Ann. des mal. vénériennes.*, Paris, 1924, p. 106.
- LACAILLE. — De quelques cas de prostatite blennorragique. *La consultation*, avril-mai 1929, n° 30, p. 91.
- LA MANNA. — L'électrargol dans le traitement de l'épididymite blennorragique. *Doped-di Palermo*, 1913.
- LANCE. — Traitement chirurgical des épididymites blennorragiques aiguës. *Gaz. des hôpitaux*, 25 avril 1911, p. 717.
- MALTÊTE. — Essai du vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur. Bordeaux, 1922.
- MONOD-TERILLON. — Maladies du testicule, 1889.
- NICAISE. — Atrophie testiculaire consécutive à l'orchite blennorragique. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1881.
- NICOLAS. — Traité des affections vénériennes, 1838
- NICOLLE et BLAIZOT. — Archives de l'Institut Pasteur de Tunis, 1^{er} août 1914.
- PARÉ (A.). — Edition Malgaigne, t. II.
- RATEL. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des épididymites aiguës suppurées. Bordeaux, 1909.
- ROUCAYROL. — Traité des épididymites gonococciques par la diathermie. *Journ. d'urol.*, n° 1, juill. 1926.
- ROUSSEAU. — Traitement des orchite-épididymites blennorragiques par les sels de magnésium. Thèse Pais, 1922.
- RICORD. — Traité des maladies vénériennes, 1848.
- SCHMUTZ. — Traitement des épididymites aiguës par le sérum anti-méningococcique. Thèse, 1913.
- SÉBILLEAU. — Epididymite blennorragique. Nouveau traité de chirurgie clinique et opératoire de Le Dentu et Delbet, 1901.

- TERRILLON. Des altérations du sperme dans l'épididymite blennorrhagique. *Ann. de dermat.*, 1880, p. 439.
- VACHER. — De l'emploi de l'argyrol dans le traitement précoce de la blennorrhagie chez l'homme. Thèse Paris, 1914.
- VASQUEZ DE PARGA. — Traitement de l'épididymite gonococcique par les injections intra-épididymaires d'électrargol. *Ann. des laboratoires Clin.*, 1926, p. 83.
- VELPEAU. — *Gaz. Méd. des hôp.*, 1843.
- WIDAL DE CASSIS. — Orchite blennorrhagique. Ses variétés. Son traitement. *Ann. des mal. de la peau*, 1850-1851.

